STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 11135
22 april 2015

Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 20 april 2015, 754997-135560-LZ, kenmerk houdende wijziging van de Regeling langdurige zorg en enkele andere regelingen, ter verhoging de subsidieplafonds voor het persoonsgebonden budget, ter verhoging van de bedragen die in sommige gevallen als persoonsgebonden budget kunnen worden toegekend of voor een modulair pakket thuis beschikbaar zijn, alsmede ter aanvulling van het in het kader van de Wet langdurige zorg getroffen overgangsrecht

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op de artikelen 49e, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg, 11.1.5, eerste en derde lid, en 11.1.8 van de Wet langdurige zorg en de artikelen 3.1.1, vierde lid, 3.2.5, 3.5.2, 3.6.3 van het Besluit langdurige zorg;

Besluit:

ARTIKEL I

De Regeling langdurige zorg wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 2.1 wordt ‘zijn zijn opgenomen’ vervangen door: zijn opgenomen.

B

In artikel 2.3, vierde lid, wordt ‘een mobiliteitshulpmiddel toestemming’ vervangen door: een mobiliteitshulpmiddel is toestemming.

C

In artikel 3.2, tweede lid, wordt ‘drie jaar’ vervangen door: ten hoogste drie jaar.

D

In artikel 5.2, eerste lid, wordt ‘een persoonsgebonden wordt verleend’ vervangen door: een persoonsgebonden budget wordt verleend.

E

Aan artikel 5.3 worden twee leden toegevoegd, luidende:

4. De Wlz-uitvoerder kan de voor het modulair pakket thuis ten hoogste toelaatbare kosten verhogen in geval van een verzekerde die krachtens zijn indicatiebesluit is aangewezen op zorgprofiel VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg, voor zover die verhoging nodig is met het oog op de mogelijkheid van de verzekerde om palliatief terminale zorg thuis te ontvangen.

5. Het zorgkantoor kan het persoonsgebonden budget verhogen in geval van een verzekerde die krachtens zijn indicatiebesluit is aangewezen op zorgprofiel VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg, voor zover die verhoging nodig is met het oog op diens mogelijkheid om palliatief terminale zorg thuis te ontvangen.

F

In artikel 5.11, derde lid, wordt ‘een persoonsgebonden budget5’ vervangen door: een persoonsgebonden budget.

G

Artikel 5.13, vijfde lid, wordt vervangen door:

5. Dit artikel is niet van toepassing op een verzekerde met een indicatiebesluit als bedoeld in artikel 11.1.1, zesde lid, van de wet, of artikel 9.3a of 9.3b van deze regeling. Het bedrag van een persoonsgebonden budget dat voor deze verzekerden wordt vastgesteld krachtens artikel 11.1.2, zevende lid, van de wet, zo nodig in verbinding met de artikelen 9.3a, tweede lid, of 9.3b, eerste lid, van deze regeling, wordt in 2015 verhoogd met 0,74% alsmede met:
   a. het bedrag, bedoeld in het derde lid, indien de verzekerde over 2014 jegens het college van burgemeester en wethouders van de gemeente waarin hij woonde recht had op een persoonsgebonden budget voor huishoudelijke verzorging van niet meer dan € 4.857, of
   b. het bedrag van het persoonsgebonden budget voor huishoudelijke verzorging waarop de verzekerde over 2014 jegens het college van burgemeester en wethouders van de gemeente waarin hij woonde recht had, indien dat meer bedroeg dan € 4.857 en de verzekerde achttien jaar of ouder is.

6. Indien een verzekerde slechts gedurende een gedeelte van 2014 een persoonsgebonden budget als bedoeld in het vijfde lid, onderdeel a of b, ontving of in 2014 wegens verhuizing achtereenvolgens meerdere persoonsgebonden budgetten als bedoeld in het vijfde lid, onderdeel a of b, ontving, wordt voor de beantwoording van de vraag of de verzekerde recht heeft op de in het vijfde lid, onderdeel a dan wel onderdeel b bedoelde toeslag, het budget waarop over 2014 recht bestond bepaald door het in dat jaar laatst toegekende budget te delen door het aantal dagen in 2014 waarover dat budget was toegekend en het resultaat van dit quotiënt te vermenigvuldigen met 365.

H

In artikel 5.14, tweede lid, wordt ‘artikel 5.3, tweede lid’ vervangen door: artikel 5.3, tweede en vijfde lid.

I

Na artikel 5.15 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 5.15a

1. In geval de verzekerde geïndiceerd is voor het zorgprofiel LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging, LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging, dan wel voor het zorgzwaartepakket ZZP LG 5 of ZZP LG 7, hoogt het zorgkantoor op aanvraag van de verzekerde zijn persoonsgebonden budget op tot ten hoogste € 219.000 indien de verzekerde:
   a. vanuit een medische noodzaak is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid om de veiligheid van verzekerde in levensbedreigende situaties te waarborgen,
   b. 18 jaar of ouder is,
   c. geen cognitieve beperkingen heeft, en
   d. op eigen kracht, zonder hulp van een vertegenwoordiger, de taken als omschreven in artikel 3.3.3, vierde lid, onderdeel b en c, van de wet kan uitvoeren.

2. De aanvraag van verzekerde bij het zorgkantoor gaat vergezeld van een oordeel van een behandelend arts over de medische noodzaak als beschreven in het eerste lid, onderdeel a, en wordt slechts ingewilligd nadat het zorgkantoor de verzekerde in persoon heeft gezien en mede op grond daarvan tot de overtuiging is gekomen dat de verzekerde voldoet aan de voorwaarden, bedoeld in het eerste lid.

3. Het persoonsgebonden budget van de verzekerde, bedoeld in het eerste lid, kan in afwijking van het eerste lid, tot ten hoogste € 146.000 worden opgehoogd indien verzekerde samenleeft met een echtgenoot.

J

Artikel 5.17 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid komen de onderdelen b en c te luiden:

b. het betalen van bemiddelingskosten onder de in artikel 5.18, eerste lid, onderdeel f, opgenomen voorwaarden, of
c. een bedrag van niet meer dan € 4.030 aan de zorginfrastructuur van een kleinschalig wooninitiatief.

2. In het derde lid wordt 'de verzekerde' vervangen door: De verzekerde.

K

Onder vernummering van het derde en vierde lid van artikel 5.21 tot vierde en vijfde lid, wordt een lid ingevoegd, luidende:

3. Het persoonsgebonden budget wordt vastgesteld op 1,5% van het voor het kalenderjaar verleende persoonsgebonden budget met een minimum van € 250 en een maximum van € 1.250, vermeerderd met de som van de bedragen die de Sociale verzekeringsbank met toestemming van de verzekerde voor tijdens de subsidieperiode verleende zorg heeft uitbetaald.

L

De artikelen 8.1 en 8.2 worden vervangen door:

Artikel 8.1

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 49e, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidsheidszorg bedraagt voor het jaar 2015: € 17.785 miljoen.

2. Van het bedrag, bedoeld in het eerste lid, is € 16.505 miljoen bestemd voor zorg in natura en € 1.280 miljoen bestemd voor persoonsgebonden budgetten.

Artikel 8.2

De bedragen die in 2015 beschikbaar zijn voor de verstrekking van persoonsgebonden budgetten zijn voor de hiernavolgende regio's achter die regio's opgenomen:
– Groningen: € 69.311.239
– Friesland: € 83.684.474
– Drenthe: € 58.407.506
– Zwolle: € 49.254.500
– Twente: € 59.657.527
– Apeldoorn, Zutphen, en omstreken: € 28.585.637
– Arnhem: € 87.772.629
– Nijmegen: € 40.203.850
– Utrecht: € 79.207.401
– Flevoland: € 17.006.338
– 't Gooi: € 32.214.275
– Noord-Holland Noord: € 39.274.102
– Kennemerland: € 24.800.894
– Zaanstreek/Waterland: € 17.037.675
– Amsterdam: € 38.326.056
– Amstelland en de Meerlanden: € 9.649.988
– Zuid-Holland Noord: € 26.090.967
– Haaglanden: € 48.896.352
– Delft Westland Oostland: € 16.309.234
– Midden-Holland: € 16.531.981
– Rotterdam: € 37.468.392
– Nieuwe Waterweg Noord: € 10.890.145
– Zuid-Hollandse Eilanden: € 30.824.465
– Waardenland: € 26.602.121
– Zeeland: € 26.819.230
– West-Brabant: € 53.223.667

– Midden-Brabant: € 44.097.152
– Noordoost Brabant: € 51.765.053
– Zuidoost Brabant: € 55.069.693
– Noord- en Midden-Limburg: € 39.086.566
– Zuid-Limburg: € 51.430.868
– Midden IJssel: € 10.500.022.

M

Na artikel 9.3 worden drie artikelen ingevoegd, luidende:

Artikel 9.3a

1. Verzekerden die onmiddellijk voorafgaande aan de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten krachtens een indicatiebesluit als bedoeld in het Zorgindicatiebesluit aanspraak hadden op ADL-assistentie als bedoeld in het Besluit zorgaanspraken AWBZ en op
   a. een totaal aantal van ten minste 25 uren per week individuele begeleiding, persoonlijke verzorging of verpleging, of
   b. verpleging in verband met een behoefte aan thuisbeademing, behouden desgewenst tot 1 januari 2017 hun recht op de in onderdeel a of b bedoelde zorg als zouden zij verzekerden als bedoeld in artikel 11.1.1, zesde lid, van de wet zijn.

2. Het eerste lid geldt slechts voor verzekerden aan wie vanaf 1 januari 2015 ADL-assistentie wordt verleend als bedoeld in de Subsidieregeling ADL-assistentie.

3. De berekening het van het aantal uren, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, geschiedt op de in bijlage E geregelde wijze.

4. Het eerste lid geldt slechts voor verzekerden die zich voor 1 januari 2015 daartoe bij het CIZ hebben aangemeld.

5. Het recht, bedoeld in het eerste lid, vervalt zodra de verzekerde op grond van een indicatie als bedoeld in artikel 3.2.3 van de wet zorg ontvangt.

Artikel 9.3b

1. Verzekerden die onmiddellijk voorafgaande aan de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten op grond van een indicatie voor extramurale zorg een persoonsgebonden budget ontvingen of zorg in natura genoten, die voor 1 januari 2015 via de cliëntenorganisaties Ieder(in) of Per Saldo een indicatie als bedoeld in artikel 3.2.3 van de wet hebben aangevraagd en aan wie het CIZ op basis van een advies van een van deze of van beide cliëntenorganisaties deze indicatie heeft verschaft, behouden gedurende de geldigheidsduur van deze indicatie hun recht op zorg als zouden zij verzekerden als bedoeld in artikel 11.1.1, zesde lid, van de wet zijn.

2. Tenzij de gezondheidssituatie van de verzekerde dan wel toepasselijkheid van artikel 3.2.4, aanhef, en onderdeel a, van de wet, noodzaakt tot een gedurende 2015 ingaande herindicatie, geldt een indicatiebesluit dat volgens de in het eerste lid bedoelde procedure tot stand is gekomen tot 1 januari 2016.

Artikel 9.3c

1. Indien een verzekerde als bedoeld in artikel 11.1.1, zesde lid, van de wet of in artikel 9.3a of 9.3b tijdens de periode van zijn overgangrecht een herindicatie aanvraagt, indiceert het CIZ hem op basis van de bij en krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten gestelde regels zoals deze op 31 december 2014 luidden.

2. Het CIZ geeft een besluit tot herindicatie als bedoeld in het derde lid een geldigheidsduur die de duur van het voor de verzekerde geldende overgangsrecht niet overschrijdt.

N

In artikel 9.6, eerste lid, wordt na ‘als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d, van de wet’ ingevoegd: had.

O

Na artikel 9.6 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 9.7

Indien een op 31 december 2014 geldig indicatiebesluit als bedoeld in artikel 4 van het Zorgindicatiebesluit zoals dat onmiddellijk voorafgaande aan de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten luidde, voor 1 mei 2015 verloopt of is verlopen, kan de aanspraak op de geïndiceerde zorg tezamen met de daaraan verbonden verplichtingen doorlopen tot 1 mei 2015 indien het indicatiebesluit aanspraak geeft of gaf op zorg met toepassing van:
a. de Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van sociale zekerheidsstelsels (PbEU 2004, L 166), of
b. een Verdrag waarbij Nederland partij is.

P

In de aanhef van bijlage A wordt 'als bedoeld in artikel 3.3.1, eerste lid, van het Besluit langdurige zorg' vervangen door: als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, van het Besluit langdurige zorg.

Q

Het opschrift van bijlage C komt te luiden:

BIJLAGE C BIJ ARTIKEL 5.13 VAN DE REGELING LANGDURIGE ZORG

R

Na bijlage D wordt een bijlage ingevoegd, luidende:

BIJLAGE E BIJ ARTIKEL 9.3a VAN DE REGELING LANGDURIGE ZORG

1. Voor de berekening van het aantal uren, bedoeld in artikel 9.3.a, eerste lid, onderdeel a, wordt een indicatie voor 'begeleiding individueel' of 'persoonlijke verzorging' in een van de hiernavolgende klassen aangemerkt als een indicatie voor het na de klasse genoemde aantal uren:

klasse	uren
1	1,0
2	3,0
3	5,5
4	8,5
5	11,5
6	14,5
7	18,0
8	22,5

2. Voor de berekening van het aantal uren, bedoeld in artikel 9.3.a, eerste lid, onderdeel a, wordt een indicatie voor 'verpleging' in een van de hiernavolgende klassen aangemerkt als een indicatie voor het na de klasse genoemde aantal uren:

klasse	uren
0	0,5
1	1,5
2	3,0
3	5,5
4	8,5
5	11,5
6	14,5
7	18,0

3. Indien een verzekerde krachtens zijn indicatiebesluit is aangewezen op 'begeleiding individueel' en daartoe klasse 8 vermeerderd met extra geïndiceerde uren geïndiceerd heeft gekregen, wordt het aantal uren 'begeleiding individueel', bedoeld in artikel 9.3.a, eerste lid, onderdeel a, bepaald door het aantal van 25 te vermeerderen met het aantal extra geïndiceerde uren.
4. Indien een verzekerde krachtens zijn indicatiebesluit is aangewezen op 'persoonlijke verzorging' en daartoe klasse 8 vermeerderd met extra geïndiceerde uren geïndiceerd heeft

gekregen, wordt het aantal uren ‘persoonlijke verzorging’, bedoeld in artikel 9.3.a, eerste lid, onderdeel a, bepaald door het aantal van 25 te vermeerderen met het aantal extra geïndiceerde uren.

5. Indien een verzekerde krachtens zijn indicatiebesluit is aangewezen op ‘verpleging’ en daartoe klasse 7 vermeerderd met extra geïndiceerde uren geïndiceerd heeft gekregen, wordt het aantal uren ‘verpleging’, bedoeld in artikel 9.3.a, eerste lid, onderdeel a, bepaald door het aantal van 20 te vermeerderen met het aantal extra geïndiceerde uren.

ARTIKEL II

De Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2015 wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1.2 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid vervalt de komma achter ‘Wlz-uitvoerder’.

2. In het derde lid, onderdeel b, wordt ‘recht heeft op zorg en’ vervangen door: recht heeft op zorg,.

3. Het derde lid, onderdeel c, wordt vervangen door:

c. indien de verzekerde niet op grond van artikel 11.1.1 van de wet of op grond van de artikel 9.3a van de Regeling langdurige zorg gelijkgesteld is met een verzekerde ten aanzien van wie het CIZ heeft vastgesteld dat deze recht heeft op zorg, tenzij het gaat om een verzekerde wiens gelijkstelling berust op grond van artikel 11.1.1, derde lid, van de wet, nadat de geldigheidsduur van zijn op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten afgegeven indicatiebesluit is verlopen, en
d. indien de verzekerde op grond van artikel 9.3b van de Regeling langdurige zorg recht heeft op zorg waarop ook verzekerden als bedoeld in artikel 11.1.1, zesde lid, van de wet recht hebben.

B

In artikel 6.4, onderdeel a, wordt ‘een assurancerapport van een accountant die is opgesteld’ vervangen door: een assurancerapport van een accountant dat is opgesteld.

ARTIKEL III

Artikel 1.2. van de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid vervalt de komma achter ‘Wlz-uitvoerder’.

2. In het vijfde lid wordt ‘de Zorgverzekeringswet’ vervangen door ‘een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet’ en wordt na ‘niet voor in aanmerking’ ingevoegd: tenzij het gaat om een verzekerde wiens gelijkstelling berust op grond van artikel 11.1.1, derde lid, van de wet, nadat de geldigheidsduur van zijn op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten afgegeven indicatiebesluit is verlopen.

ARTIKEL IV

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2015.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn

TOELICHTING

Algemeen

1. Inleiding

Op 1 januari 2015 traden de Wet langdurige zorg (Wlz), het Besluit langdurige zorg (Blz), de Regeling langdurige zorg (Rlz), de Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2015 en de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling in werking. Gebleken is dat de Rlz en de twee subsidieregelingen op een aantal punten bijstelling behoeven. Aangezien de hierna te bespreken wijzigingen alle ten voordele van verzekerden werken of slechts aanpassing betreffen van redactionele misslagen, krijgen alle wijzigingen terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2015.

2. Verhoging subsidieplafonds persoonsgebonden budgetten (pgb's)

Voor het Wlz-pgb in 2015 is oorspronkelijk een budget van € 1,16 miljard beschikbaar gesteld[1]. Dit budget is vervolgens op basis van historische gegevens verdeeld over de 32 zorgkantoorregio's.

De zorgkantoren hebben echter aangegeven dat zij alleen al aan bestaande budgethouders een groter bedrag aan pgb's hebben verleend dan waartoe hun regionale plafond ruimte bood. Zorgkantoren hebben geïnventariseerd wat het bedrag is dat zijn aan pgb-verplichtingen hebben voor bestaande budgethouders – dat wil zeggen personen die in 2014 op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) een pgb ontvingen en dat onder de Wlz hebben behouden – en welk bedrag zij verwachten te verstrekken voor nieuwe budgethouders. Uit de inventarisatie komt naar voren dat een verhoging van het budgetplafond nodig is. De hoofdoorzaken zijn een veel grotere groei van budgethouders met een verblijfsindicatie eind 2014 dan verwacht en een groter aantal en aandeel van budgethouders die ondanks hun extramurale indicatie toegang hebben gekregen tot de Wlz.

Via bijgaande aanpassing van de regeling langdurige zorg wordt het subsidieplafond voor de pgb's Wlz in 2015 met € 120 miljoen verhoogd naar € 1.280 miljoen. De Nederlandse zorgautoriteit (NZa) zal conform haar taak toezicht houden op deze aangepaste kaders.

3. Wijziging mpt- en pgb-maxima in sommige gevallen

Gebleken is dat de maxima voor het modulair pakket thuis (mpt) en het pgb in sommige gevallen te laag zijn. Voorliggende regeling past die maxima voor een drietal situaties aan.

palliatief terminale zorg

Het huidige maximum voor het mpt en het pgb van verzekerden met een zorgprofiel VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg kan te laag zijn. Om die reden voorziet deze regeling in een mogelijkheid om de kosten te verhogen tot wat nodig is om de verzekerde in de laatste maanden van zijn leven thuis te kunnen verzorgen.

pgb-opslag voor huishoudelijke verzorging

De AWBZ gaf verzekerden die hun zorg thuis ontvingen, geen recht op huishoudelijke verzorging. In plaats daarvan konden zij huishoudelijke verzorging op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ontvangen. Dat was mogelijk in natura of met een pgb. Vanaf 1 januari 2015 behoort huishoudelijke verzorging tot de Wlz-rechten (zie artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a, Wlz) met dien verstande dat de huishoudelijke verzorging voor verzekerden met een mpt in 2015 nog door gemeenten wordt betaald. Met het oog op de overheveling van het recht op huishoudelijke verzorging van de Wmo naar de Wlz is het pgb Wlz per 1 januari 2015 met € 3.357 verhoogd. Ook verzekerden jonger dan achttien jaar, die doorgaans geen eigen huishouding zullen voeren en derhalve geen kosten voor huishoudelijke verzorging zullen hebben gemaakt, hebben deze toeslag overigens in hun pgb gekregen. Dat hing samen met de wijzigingen die de Wlz ten opzichte van de AWBZ bevatte op het terrein van de logeeropvang.

Inmiddels is gebleken dat vooral Wlz-indiceerbaren (dit zijn de verzekerden uit de groepen die zijn aanwezen in de Regeling Wlz-indiceerbaren, voor zover zij zich op grond van artikel 11.1.1, zesde lid van de Wlz ook daadwerkelijk voor 1 januari 2015 voor het verkrijgen van het voor die groepen geregelde overgangsrecht bij het CIZ hebben gemeld) en groepen die op grond van voorliggende

[1] Zie artikel 8.1, tweede lid, van de Regeling langdurige zorg.

regeling (zie paragraaf 4 van deze toelichting) op grond van de Wlz overgangsrecht krijgen, soms van de gemeenten een veel hoger persoonsgebonden budget voor huishoudelijke verzorging kregen dan € 3.357. Betrokkenen zullen daarom met de op dit moment geregelde verhoging niet uitkomen. Om die reden is besloten om de toeslag voor verzekerden van achttien jaar of ouder te verhogen tot het (tot een jaarbedrag herleide) pgb-bedrag waarop de verzekerde in 2014 voor huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo recht had, indien dat bedrag meer dan € 1.500 hoger is dan de reeds in de Rlz geregelde € 3.357. Anders gezegd: had een volwassen Wlz-indiceerbare of een volwassene uit de groepen, bedoeld in paragraaf 4 van deze toelichting, in 2014 jegens zijn gemeente recht op een pgb huishoudelijke verzorging van meer dan € 4.857, dan wordt zijn Wlz-pgb voor het jaar 2015 met het in 2014 ontvangen bedrag verhoogd. Had zo iemand recht op een pgb huishoudelijke verzorging van € 4.857 of minder, dan blijft hij de toeslag van € 3.357 ontvangen.

Overigens is inmiddels ook gebleken dat er verzekerden zijn die in 2015 naast de bedoelde toeslag op het Wlz-pgb een pgb voor huishoudelijke verzorging op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) hebben ontvangen. Zij hebben dus in totaal een te hoog bedrag voor huishoudelijke verzorging gekregen. Dat is niet de bedoeling. Daarom zal gemeenten worden geadviseerd het pgb dat op grond van de Wmo 2015 wordt verstrekt met ingang van 1 juli 2015 te beëindigen. Hiervoor is geen regelgeving nodig.

pgb-opslag voor persoonlijke assistentie

Voorliggende regeling bevat ten slotte de mogelijkheid voor een opslag op het pgb ten behoeve van persoonlijke assistentie. Deze opslag is bedoeld voor een kleine groep volwassen cliënten die volledig regie hebben over het eigen leven, maar een zeer zware lichamelijke beperking hebben en die vanuit medisch oogpunt zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de directe nabijheid om levensbedreigende situaties te voorkomen. Met de opslag is het mogelijk dat deze cliënten zelfstandig kunnen wonen en participeren in de samenleving. Gedacht kan worden aan rolstoelgebonden cliënten met chronische ademhalingsondersteuning zonder handfunctie of met een slechte handfunctie. Deze cliënten hebben hulp nodig bij praktische handelingen en (verpleegkundig) toezicht. Met de pgb-opslag wordt invulling gegeven aan de toezegging in de voortgangsrapportage van 8 december 2014 (Kamerstukken II, 2013/14, 44 104, nr. 1) om het persoonlijk assistentiebudget te regelen in de vorm van een pgb-opslag. De pgb-opslag betreft een bijzondere toepassing van de meerzorgregeling.

4. Toevoeging extra groepen aan het overgangsrecht

Op grond van de herziening van de langdurige zorg zoals deze met ingang van 1 januari 2015 vorm heeft gekregen in de Jeugdwet, de Wmo 2015, een wijziging van het Besluit zorgverzekering (zie Stb. 2014, 417) en de Wlz, komen verzekerden die onder de AWBZ een indicatie hadden voor extramurale zorg in principe niet in aanmerking voor Wlz-zorg. In plaats daarvan kunnen zij zorg, ondersteuning of jeugdhulp krijgen op grond van hun zorgverzekering, de Wmo 2015 of de Jeugdwet. De in artikel 11.1.1 van de Wlz genoemde groepen verzekerden die onder de AWBZ een indicatie hadden voor intramurale zorg, dat wil zeggen een indicatie voor één van de in dat artikel genoemde zorgzwaartepakketten (zzp's) hadden, zijn daarentegen per 2015 wél in de Wlz gekomen, zij het dat verzekerden met zogenoemde 'lage zzp's[2]' die thuis wonen en dit ook na afloop van hun AWBZ-indicatiebesluit of, indien dat eerder ligt, na 1 januari 2016, willen blijven doen, hun zorg vanaf dat moment op grond van de zorgverzekering of de Wmo 2015 krijgen.[3]

Op bovengenoemd principe is in de Wlz één uitzondering gemaakt. Er zijn namelijk verzekerden met een AWBZ-indicatie voor extramurale zorg met zulke zware gezondheidsproblemen, dat zij in aanmerking zouden zijn gekomen voor een indicatie voor een zzp indien zij deze zouden hebben aangevraagd. Daarnaast zullen zij waarschijnlijk ook aan het Wlz-indicatiecriterium voldoen. Besloten is dat ook deze verzekerden met ingang van 2015 desgewenst toegang tot de Wlz dienen te krijgen. Daartoe is in artikel 11.1.1, zesde lid, van de Wlz geregeld dat verzekerden die behoren tot bij ministeriële regeling aan te wijzen groepen en die zich voor 1 januari 2015 bij het CIZ hebben aangemeld, tot 1 januari 2016 een indicatiebesluit voor de Wlz ontvangen, zonder dat het CIZ inhoudelijk toetst of betrokkenen aan het Wlz-indicatiecriterium voldoen. Bovendien ontvangen zij, tenzij de gezondheidssituatie wijzigt, ingevolge artikel 11.1.2, zevende lid, Wlz en artikel 9.3 van de Rlz in 2015 evenveel zorg of een even hoog persoonsgebonden budget als zij in 2014 op grond van de AWBZ ontvingen. Het CIZ zal deze 'Wlz-indiceerbaren' in 2015 vervolgens alsnog inhoudelijk beoordelen of betrokkenen aan het Wlz-indicatiecriterium voldoen en zo ja, op welke zorg betrokkenen precies

---

[2] Dit zijn de zzp's die zijn opgesomd in artikel 11.1.1, tweede lid, Wlz.
[3] Kiezen zij ervoor de Wlz te verlaten, dan kunnen zij overigens ingevolge artikel 11.1.2, eerste lid, tweede volzin, Wlz, later wel alsnog voor Wlz-verblijf kiezen.

recht hebben. Het daaruit voortvloeiende indicatiebesluit zal op 1 januari 2016 ingaan.

Op 4 december 2014 is een concept voor de Regeling Wlz-indiceerbaren gepubliceerd, waarin werd aangegeven welke groepen verzekerden als Wlz-indiceerbaren aangewezen zullen worden (Stcrt. 2014, 34386). De definitieve versie van die regeling is geplaatst in de Staatscourant van 18 maart 2015, nr. 7563.

Begin december 2014 werd duidelijk dat er ook nog verzekerden uit twee andere groepen zijn die op 31 december 2014 over een geldige AWBZ-indicatie voor extramurale zorg beschikten en die desgewenst op 1 januari 2015 een tijdelijke toegang tot de Wlz dienden te krijgen en aldus in ieder geval de eerste tijd ervan verzekerd zouden zijn dat hun zorg gecontinueerd zou kunnen worden.

verzekerden met gesubsidieerde ADL-assistentie die daarnaast nog een andere zware zorgvraag hebben

Het gaat allereerst om in ADL-woningen wonende cliënten die op 31 december 2014 op grond van artikel 34 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ aanspraak hadden op ADL-assistentie en die daarnaast ten minste 25 uur per week individuele begeleiding, persoonlijke verzorging of verpleging nodig hadden en/of aangewezen waren op verpleging bij thuisbeademing. Op grond van artikel 10.1.4 Wlz en de daarop gebaseerde Subsidieregeling ADL-assistentie alsmede op grond van artikel 11.1.2, tweede lid, Wlz, zouden deze cliënten vanaf 1 januari hun ADL-assistentie kunnen ontvangen van een uit het Fonds langdurige zorg gesubsidieerde ADL-aanbieder, maar zouden deze cliënten voor hun individuele begeleiding, persoonlijke verzorging, verpleging of verpleging bij thuisbeademing zijn aangewezen op de Wmo 2015, de zorgverzekering of de Jeugdwet. Bij nader inzien werd het per 1 januari 2015 intreden van dit gevolg van artikel 10.1.4, tweede lid, Wlz voor de hier bedoelde groep bestaande ADL-cliënten gezien hun ook op overige punten zware zorgvraag te ingrijpend geacht. Besloten is daarom dat zij de zorg die zij naast hun ADL-assistentie verkrijgen desgewenst nog gedurende enige tijd op grond van de Wlz gefinancierd dienen te kunnen krijgen. Dit is bij in de brieven van 9 en 17 december 2014 aan de Tweede Kamer meegedeeld (Kamerstukken II 2014/15, 34 104, nrs. 3 en 4). In deze overgangsperiode zal nagegaan worden of de betrokken verzekerden daarna alsnog hun overige zorg op grond van hun zorgverzekering of de Wmo 2015 gefinancierd zullen krijgen, dan wel of een ander arrangement aangewezen is.

In het voorgestelde artikel 9.3a Rlz wordt daarom geregeld dat de hier bedoelde verzekerden nog twee jaar hun aanspraken op individuele begeleiding, persoonlijke verzorging, verpleging of verpleging bij thuisbeademing behouden als zouden zij Wlz-geïndiceerden zijn. Daarbij is, in afwijking van de eenjaarstermijn die geldt voor Wlz-indiceerbaren en voor de hierna te bespreken groep, gekozen voor een termijn van twee jaren. De komende tijd nagegaan zal worden of de in artikel 10.1.4, tweede lid, Wlz opgenomen regel dat een combinatie van gesubsidieerde ADL-assistentie en Wlz-zorg niet mogelijk is, wijziging behoeft. Zo ja, dan zal de daartoe benodigde wetgeving zo snel mogelijk worden opgesteld. Doorgaans duurt een traject tot wetswijziging echter langer dan een jaar. Om te voorkomen dat in het geval wetswijziging inderdaad nodig blijkt, de hier bedoelde verzekerden gedurende enige tijd voor de zorg die zij naast de ADL-assistentie nodig hebben op de Wmo 2015 of hun zorgverzekering aangewezen raken, wordt de duur van het overgangsrecht in artikel 9.3a op twee jaar bepaald.

Het is overigens niet mogelijk om de hier bedoelde groep simpelweg door middel van opname in de Regeling Wlz-indiceerbaren als Wlz-indiceerbaar aan te duiden. Op grond van artikel 11.1.1, zesde lid, Wlz ontvangen Wlz-indiceerbaren immers een Wlz-indicatiebesluit als bedoeld in artikel 3.2.3 Wlz. Zo'n besluit zou hen vervolgens recht geven op zorg als bedoeld in artikel 3.1.1 Wlz, hetgeen echter krachtens artikel 10.1.4, tweede lid, Wlz nu juist niet mogelijk zou zijn. Om die reden wordt in artikel 9.3a Rlz een rechtstreeks recht op (behoud van) zorg geregeld.

overige verzekerden met een zware zorgvraag

Ten tweede gaat het om verzekerden met een dusdanig gedifferentieerde, maar wel zware zorgvraag, dat het niet mogelijk is ze goed onder een of enkele noemers te vangen. Om die reden kunnen ze niet worden opgenomen in de Regeling Wlz-indiceerbaren. In die regeling dienen ingevolge artikel 11.1.1, zesde lid, Wlz immers *groepen* verzekerden aangewezen te worden, die zonder een toetsing aan de Wlz-indicatiecriteria een jaar toegang tot de Wlz krijgen. Normaliter zouden de hier bedoelde verzekerden voor 1 januari 2015 een Wlz-indicatiebesluit bij het CIZ hebben kunnen aanvragen, dat dan met ingang van die datum in zou kunnen gaan. In casu bleek dit echter niet mogelijk. Om deze redenen is besloten dat cliënten met een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg die niet tot de Wlz-indiceerbaren of tot bovenbedoelde groep ADL-zorgvragers behoorden en die desondanks meenden dat zij tot de doelgroep van de Wlz behoorden, zich tot 1 januari 2015 konden melden bij het

Informatiepunt Wlz-overgangsrecht van de cliëntenorganisaties Per Saldo en Ieder(in)[4]. Die organisaties zijn vervolgens nagegaan of iedere aangemelde cliënt beschikte over een AWBZ-indicatie voor extramurale zorg die nog na 31 december 2014 geldig zou zijn. Was dat het geval, dan meldden de cliëntenorganisaties de betrokken verzekerde aan bij het CIZ, dat betrokkene vervolgens een indicatiebesluit met een geldigheid van een jaar toezond. Gezien het werk dat de cliëntenorganisaties hebben verricht om tot een aanmelding bij het CIZ te komen, kan een dergelijke melding worden gezien als een advies aan het CIZ, om een Wlz-indicatie te geven. De indicatie van het CIZ die daar op volgt is dan ook een Wlz-indicatie, die echter slechts de duur van een jaar heeft en geen recht geeft op Wlz-zorg maar op tijdelijke voortzetting van de AWBZ-zorg. Dit is aangewezen omdat de toets die tot de tijdelijke indicatie heeft geleid slechts een marginale was, die bovendien niet door het CIZ maar door de cliëntenorganisaties is verricht. Het is dan ook aangewezen is dat het CIZ de betrokken verzekerden in 2015 alsnog zelf aan de Wlz-indicatiecriteria toetst. Dat zal dan leiden tot een op 1 januari 2016 ingaand besluit, inhoudende een Wlz-indicatie met de normale duur (doorgaans onbepaald) die recht geeft op Wlz-zorg of tot een afwijzing van een Wlz-indicatie (in welk geval men vanaf 1 januari 2016 alsnog zijn zorg zal moeten betrekken van de Jeugdwet, de Wmo 2015 of de zorgverzekering).

5 Wijziging zorgvraag overgangsgerechtigden die op 31 december 2014 een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg hadden

Wlz-indiceerbaren en verzekerden uit de twee in paragraaf 4 beschreven groepen behouden zolang hun zorgvraag niet wijzigt, voor de duur van hun overgangsrecht de AWBZ-zorg waarop zij op 31 december 2014 recht hadden. Bij het schrijven van de Wlz en de daarop gebaseerde lagere regelgeving is er tot nog toe van uitgegaan dat verzekerden die tijdens hun periode van overgangsrecht een wijziging van hun zorgvraag ondervinden en dientengevolge bij het CIZ een (her)indicatie[5] aanvragen, worden getoetst aan het Wlz-indicatiecriterium, bedoeld in artikel 3.2.1 van de wet. Dit kan echter allereerst voor sommigen onder hen betekenen dat zij rechten verliezen. Dat is het geval indien ze zelfs indien hun gewijzigde (meestal: toegenomen) zorgvraag in aanmerking wordt genomen, niet voldoen aan het Wlz-indicatiecriterium, bedoeld in artikel 3.2.1 Wlz. Betrokkenen zouden dan hun ‘bevroren AWBZ-rechten’ verliezen en aangewezen raken op zorg vanuit de zorgverzekering of de Wmo 2015. Eventueel zou de mogelijkheid bestaan om in zo’n geval betrokkene in de gelegenheid te stellen zijn aanvraag voor (her)indicatie in te trekken of de herindicatie pas in te laten gaan op de datum waarop zijn overgangsrecht eindigt, maar ook dat zou naar verwachting onvoldoende soelaas bieden, nu in dat geval niet aan de toegenomen zorgvraag zal kunnen worden voldaan. Daarnaast kan toetsing aan het Wlz-criterium zelfs voor overgangsgerechtigden die daar wél aan zullen blijken te voldoen, een teruggang in rechten betekenen. Naar verwachting hebben namelijk relatief veel verzekerden uit de hier bedoelde groepen recht op opslagen voor ’enige ondoelmatigheid’ of ’meer zorg’, die onder de Wlz vooralsnog niet of in mindere mate bestaan. Gezien het voorgaande is besloten thuiswonende verzekerden uit de hier bedoelde overgangsgroepen die gedurende hun overgangsrecht een andere zorgvraag krijgen en daarom een (her)indicatie aanvragen, voor de rest van de duur van hun overgangsrecht te laten herindiceren op basis van het AWBZ-recht zoals dat op 31 december 2014 gold.

6. Financiële consequenties

De verhoging van het subsidieplafond voor de pgb’s Wlz in 2015 bedraagt € 120 miljoen. Hiermee komt de hoogte van het beschikbare pgb-kader in 2015 op € 1.280 miljoen.

Het financiële effect van de wijziging van mpt- en pgb-maxima in sommige gevallen is lastig vast te stellen en zal blijken uit het aantal aanvragen dat zal worden ingediend. De omvang van de (potentiële) doelgroep van cliënten die gebruik kunnen maken van deze verhoogde maxima is relatief klein. Het betreft tevens cliënt die thans al hoge kosten hebben. Het financiële effecten zal enkele miljoenen per jaar kunnen betreffen. Overigens geldt onverminderd dat de NZa toezicht houdt op de uitputting van het pgb-kader en mij tijdig zal informeren indien een overschrijding dreigt.

Ten aanzien van de toevoeging van de twee extra groepen aan het overgangsrecht geldt dat het financiële effect verwaarloosbaar is. Betrokkenen kregen in 2014 zorg op grond van de AWBZ en krijgen deze zorg nu op grond van de Wlz.

---

[4] Dit gold derhalve ook voor (de ouders van) kinderen van nul tot vijf jaar met een verstandelijke handicap en een behoefte aan intensieve kindzorg, die ingevolge artikel 2, onderdeel d, van de (concept) Regeling Wlz-indiceerbaren niet Wlz-indiceerbaar kunnen zijn, maar in geval van een verstandelijke handicap onder omstandigheden wel een zodanige zorgvraag kunnen hebben, dat zij aan het Wlz-indicatiecriterium voldoen.

[5] Verzekerden zullen dit beschouwen als een herindicatie, maar in juridische zin gaat het, behalve voor de groep verzekerden, bedoeld in artikel 9.3b Rlz, om een indicatie. Betrokkenen zijn immers niet eerder aan het Wlz-indicatiecriterium getoetst.

Artikelsgewijs

ARTIKEL I (Regeling langdurige zorg)

Onderdeel C

In artikel 3.2, tweede lid, Rlz, werd de indicatieduur van indicatiebesluiten die werden gegeven aan verzekerden met een zorgprofiel ggz B bepaald op drie jaar. Artikel 3.2.5 Blz geeft echter slechts de bevoegdheid om de maximumduur van een indicatie te bepalen. Door de toevoeging van de woorden 'ten hoogste' wordt de tekst van artikel 3.2, tweede lid, Rlz hiermee in lijn gebracht.

Onderdeel E

Aan artikel 5.3 van de Rlz worden twee leden toegevoegd. Daarin wordt geregeld dat een verzekerde met extra zorg thuis of een extra hoog pgb kan ontvangen indien hij een indicatie heeft voor een zorgprofiel VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg. Op deze wijze wordt het mogelijk gemaakt dat verzekerden in de terminale fase van hun leven de voor hen op dat moment benodigde zorg thuis kunnen krijgen. Verzekerden die al een Wlz-indicatie hebben en in een Wlz-instelling wonen, zullen in de eindfase van hun leven de noodzakelijke zorg krijgen op basis van het eerder toegekende zorgprofiel. De zorg aan het eind van het leven is een onderdeel van de taken van een instelling. In artikel 1.1.1 Blz is omschreven wat onder 'palliatief terminale zorg' wordt verstaan.

Onderdeel G

Met het nieuwe vijfde lid van artikel 5.13 Rlz worden allereerst de in paragraaf 4 van deze toelichting besproken nieuwe overgangsgerechtigden aan de reikwijdte van de bepaling toegevoegd. Zij worden immers gedurende hun overgangsrecht wat betreft de zorg waar zij recht op hebben als Wlz-indiceerbaren behandeld. Daarnaast is, zoals in paragraaf 3 van deze toelichting besproken, voor volwassenen de pgb-toeslag voor huishoudelijke verzorging verhoogd tot het bedrag dat men in 2014 van de gemeenten kreeg, indien dat bedrag hoger was dan € 4.857.

Het zesde lid regelt wat er moet gebeuren indien iemand in 2014 niet het hele jaar een pgb voor huishoudelijke verzorging had of indien hij, bijvoorbeeld omdat hij in 2014 naar een andere gemeente verhuisde, meer dan één pgb voor huishoudelijke verzorging had gekregen. De bepaling komt er in de kern op neer dat in zo'n geval het laatst toegekende pgb wordt herleid naar een jaarbedrag, door het te delen door het aantal dagen waarvoor het was toegekend – leidende tot een bedrag per dag – en dat bedrag vervolgens te vermenigvuldigen met het aantal dagen dat 2014 kende (nameijk 365).

Onderdeel I

Artikel 5.15a regelt de pgb-opslag voor persoonlijke assistentie, waarop in paragraaf 3 van het algemene deel van deze toelichting is ingegaan. Het pgb bedraagt inclusief opslag voor alleenstaande verzekerden ten hoogste € 219.000 (= € 25 x 8.760 uur per jaar) en voor verzekerden die samenleven met een echtgenoot of – aangezien artikel 1.1.2 Wlz de geregistreerde partner gelijkstelt met een echtgenoot – een geregistreerd partner ten hoogste € 146.000. Indien er een echtgenoot of geregisteerd partner is, wordt deze in staat geacht om te kunnen voorzien in een deel van het noodzakelijke toezicht.

Voor het in aanmerking komen voor de pgb-toeslag is het noodzakelijk dat cliënten een indicatiebesluit van het CIZ hebben in de vorm van de zorgprofielen LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging, LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging, dan wel voor het zorgzwaartepakket ZZP LG 5 of ZZP LG 7. Cliënten met deze indicatiebesluiten kunnen een aanvraag doen bij het zorgkantoor voor de pgb-opslag indien zij 18 jaar of ouder zijn, omdat deze mogelijkheid is bedoeld voor volwassenen. Voor de toepassing van dit artikel geldt ook dat de cliënt zelf, op eigen kracht, zonder de hulp van een vertegenwoordiger, invulling moet kunnen geven aan de taken als omschreven in artikel 3.3.3, vierde lid onderdelen b en c, van de wet. Deze pgb-opslag is immers bedoeld voor cliënten zonder cognitieve beperkingen, die zelf de aan het budget verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze kunnen uitvoeren. Dat geldt evenzeer voor het zodanig aansturen van de verkozen zorgaanbieders en mantelzorgers en het afstemmen van de door hen geleverde zorg, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg. Deze pgb-opslag is dus nadrukkelijk niet bedoeld voor verzekerden die deze taken met hulp van een vertegenwoordiger willen uitvoeren. Het bij de aanvraag mee te sturen persoonlijk plan moet dit duidelijk maken. Gezien de omvang van het pgb dat met behulp van de in dit artikel geregelde opslag kan worden verkregen, wordt in het derde lid van dit artikel tevens de eis gesteld dat het zorgkantoor de verzekerde ziet (het ligt in de rede dat de cliënt daartoe thuis wordt bezocht) en mede op basis van dit contact vaststelt of de verzekerde

daadwerkelijk aan de voorwaarden, bedoeld in het eerste lid, voldoet. Alleen indien dit het geval is, kan de toeslag worden verleend.

Onderdeel K

In artikel 5.21 Rlz ontbraken de regels aan de hand waarvan het pgb na een subsidieperiode wordt vastgesteld. Het nieuwe derde lid van artikel 5.21 bepaalt dat het bedrag in wezen wordt vastgesteld op het bedrag, bedoeld in artikel 5.17, derde lid, Rlz (waarover de budgethouder geen verantwoording hoeft af te leggen), vermeerderd met de door de Sociale verzekeringsbank (SVB) voor geleverde zorg uitbetaalde bedragen. De SVB maakt het bedrag, bedoeld in artikel 5.17, derde lid, Rlz bij aanvang van iedere subsidieperiode aan de verzekerde over. Het restant van het verleende budget is dan ter beschikking voor betaling van de tijdens de subsidieperiode verleende zorg.

Ten behoeve van de vaststelling van het pgb door het zorgkantoor stelt SVB na iedere subsidieperiode een overzicht op dat door de budgethouder wordt ondertekend en daarna naar het zorgkantoor wordt gezonden.

Onderdeel L

Artikel 8.1 Rlz

Met het nieuwe artikel 8.1, tweede lid, Rlz wordt het totaal voor de pgb's Wlz in 2015 beschikbare bedrag verhoogd van € 1.160 miljoen naar € 1.280 miljoen. Het voor zorg in natura beschikbare bedrag blijft € 16.505 miljoen, zodat het totaal voor de Wlz-zorg in 2015 beschikbare bedraag (art. 8.1, eerste lid) omhoog gaat van € 17.665 miljoen naar € 17.785 miljoen.

Artikel 8.2 Rlz

Zoals in paragraaf 2 van de algemene toelichting en in de toelichting op artikel 8.1 is aangegeven, stijgt het voor 2015 voor Wlz-pgb's beschikbare bedrag in 2015 naar € 1.280 miljoen. Dit leidt tot nieuwe subsidieplafonds per zorgkantoorregio, die in artikel 8.2 worden weergegeven.

Onderdelen M en R

Artikel 9.3a Rlz

Artikel 9.3a Rlz zorgt ervoor dat verzekerden die voor 1 januari 2015 ADL-assistentie kregen en daarnaast ten minste 25 uur per week individuele begeleiding, persoonlijke verzorging of verpleging en/of verpleging kregen in verband met een behoefte aan thuisbeademing, hun rechten op die individuele begeleiding, persoonlijke verzorging of verpleging en/of verpleging in verband met een behoefte aan thuisbeademing nog behouden tot 1 januari 2017. Hun ADL-assistentie zullen zij op grond van artikel 11.1.2, tweede lid, behouden, zij het dat ADL-assistentie onder de Wlz geen jegens het zorgkantoor in te roepen recht meer is, maar een recht dat, zolang de subsidie niet is uitgeput, jegens een gesubsidieerde ADL-instelling kan worden ingeroepen. De berekening van het wekelijkse aantal uren individuele begeleiding, persoonlijke verzorging of verpleging waarop de verzekerde recht heeft, geschiedt op dezelfde wijze als waarop dat onder de Regeling Wlz-indiceerbaren geschiedt voor cliënten met een lichamelijke handicap. De inhoud van de met onderdeel R aan de Rlz toegevoegde bijlage is dan ook gelijk aan de bijlage bij de Regeling Wlz-indiceerbaren. Ook bij de vormgeving van het recht op individuele begeleiding, persoonlijke verzorging of verpleging en/of verpleging bij thuisbeademing waarop de hier bedoelde verzekerden met ADL-assistentie recht hebben, wordt zoveel mogelijk aangesloten bij wat daarover (in de artikelen 11.1.2, zevende lid, Wlz en 9.3 Rlz) voor Wlz-indiceerbaren is geregeld. Dit is vooral van belang indien de verzekerden met ADL-assistentie, die hun overige zorg doorgaans met een pgb inkopen, in 2015 toch liever een deel van hun overige zorg in natura wensen te ontvangen. Kiest men voor een pgb, dan leidt artikel 9.3a, eerste lid, dat zegt dat betrokkenen zoveel mogelijk als Wlz-indiceerbare worden behandeld, er voorts toe dat de hoogte van dat budget mede wordt bepaald met toepassing van artikel 5.13, vijfde lid, Rlz.

Het tweede lid van artikel 9.3a Wlz zorgt ervoor dat het in dit artikel geregelde overgangsrecht slechts geldt zolang een verzekerde in een ADL-woning woont.

Het in artikel 9.3a Rlz neergelegde overgangsrecht geldt louter voor personen die zich voor 1 januari 2015 bij het CIZ hebben aangemeld. Daarbij geldt aanmelding bij het Informatiepunt Wlz-overgangsrecht die voor 1 januari 2015 tot een aanmelding bij het CIZ heeft geleid overigens ook als aanmelding bij het CIZ.

Indien de situatie van een ADL-cliënt dusdanig verslechtert, dat hij in een Wlz-instelling wil gaan

verblijven, zal hij een Wlz-indicatie aanvragen. Krijgt hij die, dan vervalt zijn recht op voortzetting van de overige zorg waarop hij ingevolge artikel 9.3a recht heeft (vijfde lid). De hulp die eerder werd gegeven door de gesubsidieerde ADL-aanbieder zal hij vanaf dat moment krijgen van de zorginstelling waarin hij gaat wonen.

Artikel 9.3b Rlz

Artikel 9.3.b regelt de tijdelijke Wlz-indicatie voor verzekerden die zich voor 1 januari als potentiële Wlz-cliënten bij het Informatiepunt Wlz-overgangsrecht hebben gemeld en die door dat informatiepunt voor die datum bij het CIZ zijn aangemeld. In juridische zin gaat het hierbij om een aanvraag van een Wlz-indicatie. Na de aanvraag hebben de cliëntenorganisaties gecheckt of de verzekerde die de aanvraag deed een AWBZ-indicatie voor extramurale zorg had die nog tot en met 31 december 2014 geldig was, of de verzekerde daadwerkelijk dergelijke zorg genoot en of de verzekerde naar hun verwachting aan de in artikel 3.2.1 van de Wlz opgenomen indicatiecriteria voldeed. Als dat volgens hen zo was, hebben zij het CIZ – door middel van opname van de cliënt op een naar het CIZ gestuurde lijst – geadviseerd een tijdelijke Wlz-indicatie te verlenen, waarna het CIZ die indicatie ook werkelijk heeft verleend. Omdat de beoordeling door de cliëntorganisaties niet zo degelijk is geweest als de beoordeling die het CIZ verricht voor mensen die op of na 1 januari 2015 een Wlz-indicatie aanvragen, heeft de door het CIZ op advies van de cliëntenorganisaties afgegeven indicatie een beperkte duur, namelijk tot 1 januari 2016. In 2015 zal het CIZ alsnog nagaan, of betrokkenen ook volgens het CIZ zelf aan de Wlz-indicatiecriteria voldoen. Zo ja, dan zal de verzekerde een op 1 januari 2016 ingaand Wlz-indicatiebesluit krijgen dat de normale (doorgaans: onbepaalde) geldigheidsduur heeft en dat hem alle Wlz-rechten verschaft waarop ook ‘nieuwe gevallen’ met een Wlz-indicatie recht hebben.

Het tijdelijke indicatiebesluit geeft in 2015, anders dan gewone Wlz-indicatiebesluiten, geen recht op alle Wlz-zorg, maar geeft recht op voortzetting van de zorg die de betrokkene onder de AWBZ had, als zou betrokkene een Wlz-indiceerbare zijn. Hiervoor is gekozen omdat betrokkenen, nu in 2015 nog een degelijke, door het CIZ zelf verrichte indicatiestelling ontbreekt, meer met Wlz-indiceerbaren vergelijkbaar zijn, dan met verzekerden die op of na 1 januari 2015 een Wlz-indicatie hebben aangevraagd en gekregen. Een en ander betekent ook dat het het pgb van betrokkenen mede wordt bepaald met toepassing van artikel 5.13, vijfde lid, Rlz.

Indien de gezondheidssituatie in 2015 wijzigt of het CIZ er in 2015 achter komt dat het tijdelijke indicatiebesluit is gebaseerd op onjuiste of onvolledige informatie, is het CIZ bevoegd om het tijdelijke indicatiebesluit al in 2015 in te trekken.

Artikel 9.3c Rlz

Dit artikel regelt wat in paragraaf 5 van het algemeen deel van deze toelichting is besproken. Het eerste lid regelt dat Wlz-indiceerbaren en cliënten als bedoeld in de artikelen 9.3a en 9.3b van voorliggende regeling die tijdens hun overgangsrecht een andere zorgvraag krijgen en dientengevolge een (her)indicatie bij het CIZ aanvragen, door het CIZ wordt beoordeeld met toepassing van het AWBZ-recht zoals dat op 31 december 2014 gold. Het tweede lid bepaalt dat de (her)indicatie die daar uit voortvloeit, slechts tot het einde van het overgangsrecht kan gelden. Het CIZ kan de geldingsduur overigens wel op een kortere termijn bepalen. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als het CIZ bij het beoordelen van de aanvraag om (her)indicatie op basis van de zorgvraag al verwacht dat er binnen de periode van overgangsrecht nogmaals om een (her)indicatie zal worden gevraagd.

Onderdeel O

Artikel 9.7 Wlz

Op grond van artikel 4 van het Zorgindicatiebesluit hadden in het buitenland wonende AWBZ-verzekerden en ‘verdragsgerechtigde’ inwoners van een (andere) lidstaat van de Europese Unie dan wel van een ander verdragsland waarmee Nederland een socialezekerheidsverdrag heeft gesloten in geval van verblijf in Nederland recht op AWBZ-zorg indien zij een daartoe strekkende beschikking van het CIZ hadden. Deze beschikkingen werden ingevolge het tweede lid van dat artikel afgegeven voor de duur van maximaal een half jaar, met een verlengingsmogelijkheid van ten hoogste nog een half jaar.

Op 1 januari 2015 trad de Wlz in werking en werd de AWBZ ingetrokken. In de Wet op de maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de Jeugdwet is geregeld dat mensen die op 31 december 2014 beschikken over een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg, hun zorg vanaf 1 januari 2015 vanuit de Wmo 2015 en de Jeugdwet ontvangen, zolang hun AWBZ-indicatie duurt maar uiterlijk tot 1 januari

2016[6]. Dit brengt met zich dat mensen uit de hiervoor aangeduide groep hun recht op zorg voor 1 juli 2015 verliezen.

Met AWBZ- (inmiddels: Wlz-)verzekerden in het buitenland zijn goede afspraken gemaakt over hun zorgdossiers. Bij de groep zogenoemde 'verdragsgerechtigde' cliënten – die overigens naar verwachting maximaal enkele tientallen personen beslaat – is het bovenstaande niet het geval. Daarnaast is met hen niet aanvullend gecommuniceerd dat zij geen recht meer hebben op zorg. Met name voor degenen wier indicatiebesluit voor 1 mei 2015 vervalt, wordt dit als een te plotseling gevolg gezien. Daarom wordt deze groep verdragsgerechtigden en het betrokken zorgkantoor voor de afsluiting van hun zorgdossiers meer tijd gegund. In artikel 9.7 wordt daarom geregeld dat deze verdragsgerechtigden de rechten en verplichtingen verbonden aan hun indicatiebesluit tot gelding kunnen brengen tot 1 mei 2015. Wat betreft de gekozen datum wordt daarmee aangesloten bij het beleid dat om dezelfde redenen wordt gevoerd voor verzekerden die op 31 december 2014 beschikten over een zogenoemd 'laag zzp' en van wie de indicatie voor 1 mei 2015 af zou lopen.

ARTIKEL II (Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2015)

Onderdeel A

De wijziging in het eerste lid van artikel 1.2, eerste lid, is nodig omdat niet iedere Wlz-uitvoerder als zorgkantoor is aangewezen. De komma impliceert ten onrechte dat dat wel het geval is.

Eerstelijns kortdurend verblijf behoort voor verzekerden met recht op Wlz-zorg of verzekerden die ingevolge hun overgangsrecht nog enige tijd recht hebben op AWBZ-zorg, tot hun verzekeringsaanspraken. Om die reden worden allereerst de verzekerden, bedoeld in de artikelen 9.3a en 9.3b van de Rlz aan de opsomming van artikel 1.2, derde lid, van de Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2015 toegevoegd. Daarbij wordt artikel 9.3a Rlz aan onderdeel c toegevoegd omdat het hier, net als in geval van de Wlz-indiceerbaren, bedoeld in artikel 11.1.1, zesde lid, Wlz, gaat om personen die door het CIZ gelijk zijn gesteld met personen die recht hebben op Wlz-zorg. Voor personen, bedoeld in artikel 9.3b Rlz, is een nieuw onderdeel opgesteld. Betrokkenen zijn door het CIZ namelijk niet *gelijkgesteld* met Wlz-geïndiceerden, maar *zijn* Wlz-geïndiceerden, die echter, vanwege de het feit dat het CIZ bij het afgeven van de indicatie zonder eigen beoordeling het advies van Per Saldo of Ieder(in) heeft gevolgd, geen blijvend recht hebben op Wlz-zorg, maar op AWBZ-zorg gedurende 2015 (in 2015 zal het CIZ ze alsnog toetsten aan het Wlz-indicatiecriterium, waarna zij, als zij aan dat criterium voldoen, vanaf 2016 de gewone Wlz-rechten krijgen).

Thuiswonende verzekerden met een laag zzp – dit zijn de verzekerden, bedoeld in artikel 11.1.1, derde lid, Wlz – verliezen hun recht op AWBZ-zorg op 1 januari 2016 of zoveel eerder als hun (AWBZ-)indicatie in 2015 afloopt. Vanaf dat moment zijn zij voor hun zorg aangewezen op hun zorgverzekering of op de Wmo 2015. Zij behouden echter het recht om in een Wlz-instelling te gaan verblijven. Het is niet de bedoeling dat louter dat verblijfsrecht ertoe leidt dat betrokkenen geen gesubsidieerd eerstelijnsverblijf kunnen genieten. Om die reden is in artikel 1.2, derde lid, onderdeel c, geregeld dat betrokkenen vanaf het moment waarop zij op hun zorgverzekering of de Wmo 2015 zijn aangewezen, niet meer van gesubsdieerd eerstelijnsverblijf zijn uitgesloten. Overigens heeft deze toevoeging aan onderdeel c slechts zin voor verzekerden met een laag zzp wier (AWBZ-)indicatie in 2015 eindigt, aangezien de Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2015 op 1 januari 2016 vervalt. Daarna zal eerstelijns verblijf onder de dekking van de zorgverzekering vallen.

ARTIKEL III (Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling)

De wijziging van artikel 1.2, vijfde lid, van de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling betreft een reparatie van een kleine fout. Recht op geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw bestaat niet op grond van die wet, maar op grond van een zorgverzekering als bedoeld in die wet.

Voor een toelichting op de overige wijzigingen in dit artikel wordt verwezen naar de toelichting op artikel II.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn

[6] Voor het zogenoemde 'beschermd wonen' geldt echter een nog bij koninklijk besluit te bepalen datum, die niet eerder zal zijn dan 1 januari 2020.